DISSERTATION

N° 34.

SUR LES

PLAIES PÉNÉTRANTES DES ARTICULATIONS,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 15 février 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR J.-RAPHAËL HERICÉ, de Paris,

Département de la Seine;

Ancien Élève de l'Hôtel-Dieu et de l'École pratique.

Ἡ δὲ κρίσις χαλεπή.

HIPP.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur*. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant*. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Président*.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Andral, *Examinateur*.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque, *Suppléant*.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur*.	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur*.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

Regrets éternels.

A MONSIEUR LE BARON **DUPUYTREN**,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris; premier Chirurgien du Roi et de l'Hôtel-Dieu; Membre de l'Institut, etc. ,

MON SEUL ET UNIQUE MAÎTRE.

A MONSIEUR LE COMTE **LÉON D'OURCHE**,

DONT LES CONSEILS M'ONT ÉTÉ PRÉCIEUX.

A MONSIEUR **LEGROS**,

Professeur d'histoire naturelle médicale; Associé-Correspondant du Cercle médical de Paris ,

MON EXCELLENT AMI.

R. HERICÉ.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0002vari

DISSERTATION

SUR LES

PLAIES PÉNÉTRANTES DES ARTICULATIONS.

On entend par *articulation* l'endroit où les os se touchent et sont plus ou moins solidement fixés les uns aux autres.

On divise les articulations en *immobiles* ou *synarthroses*, en *semi-mobiles* ou *amphiarthroses*, et *mobiles* ou *diarthroses*.

Les deux premières espèces ne doivent point m'occuper, elles n'appartiennent pas à la classe de celles dont les lésions font le sujet de cette dissertation.

Les articulations mobiles offrent diverses parties, les unes assurent leur solidité, les autres servent à leur mobilité.

Une lame cartilagineuse élastique revêt les surfaces articulaires, et par son poli facilite leur glissement, des fibro-cartilages séparent quelquefois les surfaces osseuses et amortissent les secousses violentes.

Des ligamens sont disposés autour des os, et même dans leur intervalle, et maintiennent leurs rapports mutuels.

Une membrane synoviale sans ouverture, analogue aux séreuses, et fournissant un liquide doux, onctueux et filant, appelé *synovie*, très-propre à lubrifier les surfaces osseuses, est déployée sur tous les

organes des articulations. Des capsules fibreuses servent à fortifier la membrane synoviale et à prévenir sa rupture.

Enfin, des nerfs, des vaisseaux et des tégumens communs, toutes ces parties réunies par du tissu cellulaire, constituent les articulations.

Les articulations sont exposées à des lésions nombreuses de la part des corps extérieurs, dont la gravité varie suivant l'étendue et l'importance de l'articulation, sa proximité du tronc, le nombre et le degré de sensibilité des parties lésées, l'état général des individus, la saison et le climat.

Les plaies pénétrantes des articulations consistent dans l'ouverture de la capsule synoviale; elles sont souvent accompagnées de la division des ligamens, de celle des cartilages et même des os.

Le danger de ces plaies a été reconnu de tout temps, mais il a été expliqué d'une manière différente par les auteurs.

Ambroise Paré l'attribue à la lésion des aponévroses et des tendons, qui, selon lui, renferment un grand nombre de nerfs.

David (Mémoires de l'Académie de chirurgie) pensait que ces accidens étaient causés par le pus des parties tendineuses, qui altérait la synovie et les cartilages.

Brasdor rapporte leur gravité à la résistance des parties articulaires et à la dépravation des humeurs.

Hévin (Traité de pathologie), tout en accusant la blessure de toutes les parties qui entrent dans la structure des articulations, reconnaissait la funeste influence des sucs retenus et de l'introduction de l'air.

Bell en trouve la raison dans l'introduction de l'air dans ces poches membraneuses.

Bichat a cru observer que les membranes synoviales s'altéraient plus facilement que les autres par le contact du pus, et que son séjour dans l'articulation ne tardait pas à entraîner la maladie des cartilages.

M. le professeur *Boyer* reconnaît comme cause principale le contact de l'air et le séjour du pus dans l'articulation.

La médecine, éclairée par la physiologie et l'observation, peut expliquer avec plus de facilité les accidens redoutables de ces plaies ; ils dépendent tous de l'inflammation vive qui s'établit dans la membrane synoviale, et, comme l'a observé *Bichat*, de l'espèce d'étranglement produit par le tissu fibreux qui environne les articulations. L'introduction de l'air, l'étroitesse de la plaie, les corps étrangers, les épanchemens, ne servent qu'à occasionner son développement.

Les parties contenues dans l'articulation n'ont pas besoin d'acquérir un volume énorme pour que l'étranglement survienne ; les surfaces articulaires sont sans cesse en contact, et elles ne peuvent s'éloigner, parce que les ligamens les retiennent dans une union parfaite : d'ailleurs, les membranes fibreuses sont très-tendues, et ne sont susceptibles d'aucun déploiement. La membrane synoviale, enflammée dans toute son étendue, devient-elle le siége d'un épanchement, le tissu cellulaire participe-t-il à l'inflammation ; ils peuvent exercer contre les organes fibreux un effort de dilatation très-grand. Dans le cas d'hydropisie, il n'y a pas d'accidens, parce que la dilatation s'établit avec lenteur.

Les plaies pénétrantes des articulations peuvent être produites par des instrumens piquans, tranchans ou contondans ; avoir lieu par déchirure ou arrachement, être simples ou diversement compliquées.

Plaies simples par instrumens piquans.

Une plaie des articulations par instrumens piquans est simple, lorsqu'elle n'offre aucun accident qui s'oppose à sa prompte guérison, après que les bords ont été réunis ; aucun vaisseau, aucun nerf un peu considérable n'a été blessé ; les cartilages et les os n'ont éprouvé aucune atteinte, ou celle-ci a été très-légère ; l'air n'a pu pénétrer ou ne s'est introduit qu'en petite quantité ; la constitution du malade, son état de santé n'inspirent aucune crainte.

Les signes de la pénétration sont souvent fort obscurs ; la situation de la plaie, qui est quelquefois recouverte d'une couche albumineuse jaunâtre; la force du coup, la direction qu'à suivie l'instrument ; la comparaison de sa largeur, de sa forme avec l'étendue de la plaie, peuvent faire soupçonner la lésion de la membrane synoviale; l'écoulement de la synovie, liquide reconnaissable à sa transparence et à sa viscosité, permet seul d'établir le diagnostic de la pénétration. Mais ce signe manque souvent, lorsque le parallélisme est détruit entre l'ouverture des tégumens et celle de la capsule. Introduira-t-on alors un stylet boutonné dans la plaie pour s'assurer de sa profondeur ? Cette pratique est le plus souvent inutile, l'instrument ne saurait pénétrer bien avant à raison des changemens survenus dans les rapports des parties ; et elle est dangereuse, car l'introduction du stylet peut irriter la membrane synoviale, déterminer son inflammation, détacher un caillot et causer une hémorrhagie, favoriser l'entrée de l'air en décollant les lèvres de la plaie, peut être déjà aglutinées.

On doit donc se contenter d'exercer quelques pressions légères autour de la blessure, et d'imprimer quelques mouvemens au membre. D'ailleurs, il ne faut point oublier qu'une plaie non pénétrante peut fournir un fluide visqueux analogue à la synovie, lorsque l'instrument vulnérant a ouvert la gaîne d'un tendon, et que la synovie elle-même peut devenir méconnaissable au milieu du sang qui s'écoule de la plaie.

Si l'instrument vulnérant est resté dans la plaie, on sera sur de sa profondeur et de sa pénétration. Dans tous les cas, le praticien doit agir comme si la pénétration était évidente. Le prognostic de ces plaies est favorable, à moins que l'imprudence du malade ou une circonstance imprévue ne vienne l'aggraver; car, dit M. le professeur *Boyer*, on a vu de ces plaies, en apparence très-simples, être suivies d'accidens graves et même de la mort.

Plaies simples par instrumens tranchans.

Le diagnostic de ces plaies est plus facile à établir; elles sont souvent assez larges pour que l'écartement de leurs bords et le peu d'épaisseur des parties molles permettent d'apercevoir les cartilages, que l'on reconnaît à leur blancheur nacrée. Il y a toujours à l'instant de la blessure un écoulement de synovie plus ou moins abondant; et, si l'on n'est appelé à visiter le malade que quelques jours après la blessure, on peut déterminer un nouvel écoulement de synovie à l'aide d'une pression légère sur les parties latérales de l'articulation, et en imprimant quelques mouvemens de flexion et d'extension au membre; mais il faut apporter la plus grande circonspection, dans la crainte d'aggraver l'irritation de la capsule.

Le prognostic est peu alarmant, si toutefois les parties lésées n'ont pas été long-temps exposées à l'action de l'air, si le malade ne s'est point livré à des mouvemens étendus et multipliés, si on a évité le tamponnement et l'application de substances irritantes, si l'hémorrhagie n'a point eu lieu ou que l'épanchement de sang ait été peu abondant.

Cette vérité est encore confirmée par le succès des opérations pratiquées pour extraire les concrétions cartilagineuses formées dans les articulations.

Plaies par instrumens contondans.

Les plaies contuses des articulations ne sont jamais simples. Elles sont l'effet de corps obtus, mousses, qui ont agi avec assez de violence pour rompre la continuité des tégumens, des ligamens et des capsules articulaires, souvent même des cartilages et des os.

Lorsqu'il n'existe pas de division aux tégumens, l'air ne saurait pénétrer dans la capsule synoviale.

L'articulation peut être écrasée par la chute d'une masse pesante

ou par le passage d'une roue de voiture. Mais il n'est pas de corps contondans plus redoutables que ceux qui sont lancés par la poudre à canon : les accidens sont si terribles, que l'on a regardé, dans un grand nombre de cas, l'amputation comme le moyen unique de les prévenir ou de les faire cesser.

Telle était l'opinion de l'ancienne Académie de chirurgie.

Le diagnostic est facile à établir. Il n'en est pas de même du prognostic, qui varie suivant l'étendue du désordre, la grandeur et l'importance de l'articulation, les accidens qui viennent compliquer la lésion, l'état de santé du malade; ainsi, tout étant égal d'ailleurs, une plaie produite par des grains de plomb, une balle d'un petit calibre, et dont la surface est unie, sera moins facheuse que celle qui aura été le résultat d'un éclat de bombe ou d'obus, de pierre ou de bois. Une balle simplement engagée dans l'articulation, ou qui l'aura traversée en n'intéressant que les parties molles, produira des accidens moins graves que celle qui aura intéressé les cartilages, fracturé les os avec esquilles ou hémorrhagie.

Il est donc prudent d'user de la plus grande réserve pour porter son jugement sur les plaies de ce genre. Bien que des exemples frappans de guérisons opérées par les seules ressources de la nature aient été rapportés par *Ambroise Paré*, dans ses œuvres, dans les Mémoires de l'académie de chirurgie; et, par *Percy*, dans le Manuel du chirurgien d'armée; il ne faut pas s'autoriser de cas aussi rares que surprenans pour demeurer dans une sécurité trop grande. La maladie peut faire de tels progrès qu'elle enlève jusqu'à l'espoir de conserver le malade par l'amputation.

Obs. Le 14 avril 1826, entra à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution encore assez forte, d'un tempérament sanguin; il avait eu l'articulation radio-carpienne droite profondément ouverte par la morsure violente d'un cheval. La peau, les tendons de la face postérieure de l'articulation avaient été divisés; les surfaces articulaires, fortement contuses, étaient à découvert, la main ne tenait plus à l'avant-bras que par quelques tendons, les vaisseaux

et une petite portion de peau située à la partie antérieure. M. *Dupuytren* proposa l'amputation comme l'unique ressource contre les accidens redoutables qui allaient se développer : le malade refusa avec obstination de s'y soumettre ; alors on se borna à prévenir les accidens inflammatoires; le membre fut placé sur un oreiller; la main plus élevée que le coude; on rapprocha, autant que faire se put, les lèvres de la plaie par une position convenable; on étendit sur celle-ci du linge troué enduit de cérat, de la charpie, et le tout fut recouvert de larges cataplasmes émolliens. Le malade fut saigné et astreint à une diète sévère. Cependant, l'inflammation fut modérée, l'avant-bras se tuméfia, il se forma plusieurs abscès, qui furent ouverts, la suppuration finit par se tarir, des bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature s'élevèrent de toute la surface de la plaie, la mobilité entre la main et l'avant-bras devint moindre, et au bout de soixante-dix jours le malade fut guéri à la faveur d'une ankilose qui permettait encore de légers mouvemens.

Plaies par déchirure et arrachement.

Le premier genre comprend les plaies dans lesquels les ligamens ont été incomplètement déchirés, en éprouvant une distention et une torsion plus ou moins violentes, comme il arrive dans les diverses luxations et fractures, lorsque les extrémités articulaires des os sont sorties à travers les tégumens.

Les plaies par arrachement sont celles dans lesquelles un membre se trouve entièrement emporté par une force quelconque. Quoique ces dernières offrent un désordre très-grand, elles guérissent le plus souvent sans être accompagnées d'accidens fâcheux ; tandis que celles où le déchirement des ligamens est incomplet exposent toujours le malade au plus grand danger. Les petites articulations, loin d'offrir un danger moindre, déterminent toujours les accidens nerveux les plus graves, les convulsions, et même le tétanos.

Obs. Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, se présente à la con-

sultation de l'Hôtel-Dieu, pendant le courant de l'année 1826. A la suite d'une chute sur la paume de la main droite, il avait eu la seconde phalange du pouce luxée sur la première, aucune plaie n'existait aux tégumens, la luxation avait lieu en avant. M. *Dupuytren* n'eut besoin que d'opérer une tension brusque pour obtenir la réduction. Le malade ressentit une douleur violente, et resta à l'hôpital. Le doigt et la main furent environnés de compresses résolutives, une petite attelle fut placée sur la face palmaire du pouce; le malade fut saigné et soumis au régime des maladies aiguës. Dès le premier jour, une inflammation vive se déclara, et s'exaspéra le lendemain; le troisième jour, la gangrène s'empara du doigt, et le soir du même jour le malade fut pris d'un trimus et d'un opisthotonos violens. Rien ne put calmer ces accidens terribles, ni l'emploi du codéate de morphine, proposé par M. *Breschet*, ni l'usage des remèdes les plus rationels, et le malade succomba le dixième jour.

Complication des plaies des articulations.

Les accidens qui compliquent les plaies des articulations sont primitifs ou secondaires.

Les accidens primitifs sont, l'ouverture d'une artère, les épanchemens sanguins et synoviaux, la lésion d'un nerf et la paralysie d'une portion du membre située au-dessous, la présence des corps étrangers, les contusions et la déchirure des ligamens et des cartilages, la luxation, la fracture et l'attrition des os, la stupeur.

Les accidens secondaires sont, l'inflammation vive de la membrane synoviale, les vastes collections purulentes qui se forment dans son intérieur et autour de l'articulation, la rétention, le croupissement du pus, l'étranglement, la gangrène, la carie, la fièvre, la douleur, le spasme, le délire nerveux, le tétanos, l'état adynamique.

Je vais étudier séparément les plus importantes de ces complications.

Épanchement de synovie.

« A la suite des plaies pénétrantes, qu'elles aient été contuses sans « être ouvertes, on voit, dit M. le professeur *Marjolin* (Dict. de méd.), « des épanchemens considérables de synovie pure ou sanguinolente, « le lendemain ou quelques jours plus tard après l'accident; ces « épanchemens sont souvent très-douloureux. »

Inflammation de la membrane synoviale.

Les causes sont, le contact de l'air sur la capsule synoviale et les surfaces articulaires, peu accoutumées à une telle impression ; la lésion des ligamens, des cartilages et des os; un épanchement sanguin; l'application imprudente de charpie, de médicamens âcres et irritans; le tamponnement, les mouvemens imprimés au membres, la constitution, l'âge, la sensibilité du malade, les écarts de régime : son intensité dépend de l'étranglement, qui, suivant l'expression de M. le professeur *Dupuytren*, met les parties extérieures dans un état de distension, et les parties intérieures dans un état de compression violente. Cette inflammation traumatique diffère du rhumatisme articulaire, en ce qu'elle n'attaque ordinairement que l'articulation blessée, et qu'elle ne se déplace pas. Elle est en général aiguë, mais elle peut passer à l'état chronique. Le tissu fibreux et les membranes synoviales sont lents à s'enflammer, ce n'est que du cinquième au sixième jour qu'apparaissent les premiers accidens. Il se développe une chaleur vive autour de la plaie, et ensuite dans toute l'articulation, le malade ressent un sentiment de pulsation dans la profondeur des parties, une douleur aiguë s'y joint, le moindre mouvement l'exaspère d'une manière horrible; la tuméfaction, nulle dans les premiers temps, devient apparente; le tissu cellulaire s'infiltre; la peau devient chaude, tendue et luisante, mais elle conserve longtemps sa couleur naturelle; le membre demeure demi-fléchi. La face

est rouge et animé, la respiration est accélérée, la langue et les lèvres sont sèches, la soif ardente, le pouls dur et fréquent, le sommeil et l'appétit nuls, souvent il y a délire. L'engorgement inflammatoire peut s'étendre à tout le membre, qui acquiert alors un volume énorme.

Si la suppuration s'établit, l'articulation ne tarde pas à être inondée de pus ; des foyers se forment aux environs, le pus s'infiltre dans le tissu cellulaire, et va fuser au loin dans l'épaisseur du membre ; les ligamens articulaires se relâchent, les os deviennent très-mobiles, et, si l'on fait exécuter des mouvemens, on sent une espèce de crépitation qui indique leur altération.

La mort peut survenir du quatrième au quinzième jour depuis l'invasion de la phlegmasie, d'autant plus prompte que l'articulation est plus grande et plus voisine du tronc. On a vu des cas, rares sans doute, où les forces de la nature, secondées par l'art, ont triomphé d'un si grand désordre ; le calme s'est peu à peu rétabli, les fonctions ont repris leur régularité, et, à la faveur d'une ankilose, le malade a échappé à une mort qui paraissait certaine.

Douleur.

Il ne faut pas entendre ici par *douleur* cette douleur vive et passagère que les malades éprouvent à l'instant de la blessure, mais la douleur secondaire, permanente, qui est la suite de la piqûre, du déchirement des parties articulaires ; qui est accompagnée d'insomnie, de fièvre, d'agitation, de spasme, et qui peut être portée jusqu'à la convulsion et au tétanos.

Délire nerveux.

Écoutons M. le professeur *Dupuytren :* « C'est un délire sans fièvre ; « il survient plus souvent chez les sujets nerveux. Il débute par des « mouvemens incohérens et une exaltation sans motif ; nul repos ni « le jour ni la nuit, et préoccupation constante d'une idée tantôt

« fixe, tantôt variable ; mouvemens continuels, loquacité extrême, « rougeur de la face, vivacité extrême des yeux, et oubli entier de « la maladie qui a été la cause du délire. Le pouls reste calme, et « n'offre d'autre altération que celle qui résulte des mouvemens de « la respiration et du corps ; les évacuations alvines ont lieu comme « de coutume. Cet état dure de deux à cinq jours, et se termine le « plus souvent par la guérison, et sans crise apparente ; les malades « s'endorment comme excédés de fatigue, et, après huit à quinze « heures et plus d'un sommeil paisible, ils se réveillent raisonnables « et sensisibles à leurs maux.

« Ce délire peut reparaître une deuxième ou une troisième fois, « mais en s'affaiblissant à chaque récidive. »

Prognostic.

Il est, en général, douteux ; il varie suivant l'espèce de plaie, l'état de simplicité ou de complication.

Le piqûres sont plus graves que les plaies par instrumens tranchans ; cependant, lorsque les piqûres sont faites par des instrumens piquans très-déliés, elles guérissent souvent sans occasionner d'accidens. Le prognostic est, en général, fâcheux toutes les fois qu'il y a introduction de l'air dans l'articulation, et que l'ouverture n'est pas assez grande pour prévenir l'étranglement. M. *Dupuytren* regarde ces plaies au genou comme neuf fois plus dangereuses que la pleurésie, et conseille de pratiquer l'amputation sans balancer, et, si le malade s'y refuse, il veut que l'on débride largement.

Si les symptômes d'étranglement ne se manifestent pas dans la première huitaine, les craintes qu'ils inspiraient doivent cesser ; mais la carie est encore à redouter. Dans l'enfance, les accidens sont moins violens, parce que le système fibreux est plus mou et plus extensible.

Traitement.

Les indications à remplir se rapportent aux différentes espèces de plaies :

1°. Traitement des plaies simples par instrumens piquans et tranchans ;

2°. Traitement des plaies par instrumens contondans, et par déchirure et arrachement ;

3°. Traitement des différentes complications.

I. Dans le cas d'une plaie simple par instrument piquant, après avoir placé les parties dans une position qui mette les tégumens dans le plus grand relâchement possible, on réunit la plaie à l'aide d'une bandelette agglutinative. Si la forme de celle-ci est arrondie, on peut appliquer sur l'ouverture des tégumens plusieurs morceaux de diachilon taillés en rond, et de largeur différente, de manière à se recouvrir successivement. On entoure l'articulation de compresses trempées dans de l'eau très-froide, que l'on a soin d'arroser à mesure qu'elles se sèchent ; on pourrait blanchir l'eau par l'addition de l'acétate de plomb : le tout est soutenu par un bandage médiocrement serré. Il faut coucher le membre sur un coussin de balles d'avoine, le maintenir dans le repos le plus absolu, et, si l'on avait à redouter les mouvemens imprudens du malade, l'assujétir par un bandage convenable. On pratiquera une large saignée du bras, et on la réitérera suivant les forces du malade. On prescrira des boissons adoucissantes et la diète. Au bout de trois ou quatre jours, on lève l'appareil, et l'on trouve souvent la plaie réunie. D'autres fois la plaie des tégumens suppure, et la cicatrice se fait attendre quelque temps ; on panse alors la plaie avec un plumasseau de charpie sèche enduit de cérat.

Existe-il un épanchement de sang dans la membrane synoviale ? Il faut tâcher de faire sortir le fluide par la blessure, en comprimant avec les mains le pourtour de l'articulation, en appliquant sur

la plaie plusieurs ventouses sèches. Si l'étroitesse de la plaie s'oppose à la sortie du sang, il faut, l'articulation étant superficielle, agrandir celle-ci, extraire promptement le sang, et réunir le plus immédiatement possible : s'il existe une douleur très-vive, de la fièvre, il faut débrider largement.

Si un fragment du corps vulnérant est resté dans l'articulation, l'extraction doit en être faite, toutes les fois qu'il fait saillie à l'extérieur ou qu'on peut le sentir à travers les parties molles ; dans le cas où on ne peut ni le voir, ni le sentir avec une sonde mousse, il faut se borner à modérer les accidens inflammatoires.

Si l'articulation devient douloureuse et offre de la tendance à se tuméfier, il faut insister sur la saignée générale, appliquer au pourtour de l'articulation et à quelque distance de la plaie un grand nombre de sangsues, dont on fait couler abondamment les piqûres. Les émolliens en topiques, les délayans à l'intérieur seront mis en usage.

II. Les plaies par instrumens tranchans doivent être réunies très-promptement et le plus exactement possible, après avoir été débarrassées du sang et des autres corps étrangers dont la présence peut les compliquer. Si quelque vaisseau un peu considérable était ouvert, il faudrait en faire la ligature avant de procéder à la réunion ; on pourrait aussi employer une ligature en soie, dont on coupe les bouts au niveau de la plaie ; on place le membre dans la position la plus convenable au rapprochement des lèvres de la division ; on seconde l'action des bandelettes par un bandage unissant ; on entoure l'articulation de compresses trempées dans une liqueur résolutive. Le malade observera le repos le plus parfait de la partie blessée ; il sera soumis à l'usage des boissons rafraîchissantes ; on pratiquera une ou plusieurs saignée. Six ou huit jours suffisent souvent pour obtenir une cicatrice solide : le fond de la plaie est souvent réuni avant l'extérieur.

M. *Larrey* pense qu'il ne faut pas réunir avec trop d'exactitude les plaies des articulations, à l'aide des bandelettes et des bandages unis-

sans. Mais on peut supprimer ces derniers sans inconvénient ; ce qui n'empêche pas de chercher à obtenir une réunion exacte. La présence d'une certaine quantité de sang n'est pas un obstacle à la réunion ; l'absorption s'empare très-promptement du liquide épanché.

III. Lorsqu'une articulation a été frappée avec tant de violence, par un boulet ou tout autre corps contondant, que les parties qui la composent sont comme broyées, il importe de pratiquer immédiatement l'amputation. Mais lorsqu'une balle a traversé de part en part une articulation, le parti à prendre est douteux. A voir le peu d'accidens qui se développent pendant les premiers jours, on a peine à se résoudre à emporter un membre qui paraît si peu malade. Mais la triste série des accidens inflammatoires qui se succèdent, fait regretter, mais trop tard, de n'avoir point pratiqué l'amputation.

Cependant, lorsque des circonstances s'y sont opposées avant le développement de l'inflammation, on peut y recourir dès qu'il se manifeste au moment de rémission dans les symptômes.

Les balles et les pièces d'étoffe trouvent facilement à se séquestrer sous l'enveloppe aponévrotique, et à travers les ligamens nombreux qui constituent l'union mobile des os. « Lorsqu'on a reconnu, dit *Percy* « (Manuel du chirurgien d'armée), que la capsule a été ouverte « par une balle, et qu'elle n'est point sortie de l'articulation, il faut, « après les débridemens convenables, aller à sa recherche avec le doigt, « en pressant en même temps autour de la partie, pour le mettre « plus à portée de la sentir. Lorsqu'on la trouve libre, l'extraction « s'en fait facilement ; mais ce n'est pas le plus commun ; elle est le « plus ordinairement comprimée par les os, étranglée par les liga- « mens ; on ne peut la toucher ni la sentir, si on ne contraint ces « parties à s'en dessaisir, soit en changeant la position du membre, « soit en le soumettant à une extension plus ou moins grande. »

IV. Dans les plaies par déchirure occasionnées par une fracture ou une luxation, il faut se hâter d'opérer la réduction, de s'opposer à l'accès de l'air, de prévenir et de combattre les symptômes inflammatoires.

Les plaies par arrachement n'exigent le plus souvent qu'un pansement simple, ordinaire. Cependant, si elles étaient inégales, contuses, que les os fussent dénudés très-haut, on ne pourrait se dispenser de pratiquer l'amputation au-dessus dans la partie saine.

V. Les épanchemens synoviaux exigent de nouvelles saignées générales et locales; d'autres fois ils sont presque indolens, et ils se terminent fréquemment par résorption. M. le professeur *Marjolin* conseille d'employer, en fomentation, une once de sel ammoniaque dissout dans une pinte d'eau. Les vésicatoires, les moxas peuvent être employés plus tard, si ce topique ne procure pas la guérison. Quant aux épanchemens considérables, très-douloureux, qui, malgré l'emploi de ces moyens, continuent à faire des progrès, il vaut mieux donner issue au fluide épanché que d'attendre la rupture de la capsule. On pratique l'opération, soit avec un trois-quarts, soit avec un bistouri étroit que l'on plonge obliquement dans l'articulation, en évitant de blesser les cartilages; et, immédiatement après l'issue du fluide, on couvre, avec un emplâtre agglutinatif, la plaie extérieure.

VI. Dès que l'inflammation s'est emparée de l'articulation et de la totalité du membre, et que la douleur est extrême, la saignée générale doit être répétée. On fait, sur les parties malades, une large application de sangsues; on les recouvre de topiques émolliens, et on les maintient dans le repos le plus absolu. On réitère les évacuations sanguines autant que la violence des accidens l'exige. On prescrit des boissons adoucissantes, des potions anodines, des lavemens émolliens et une diète sévère. Ce serait l'occasion de tenter un moyen employé, pour la première fois, avec succès, par M. le docteur *Fleury*, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Il consise à appliquer un large vésicatoire sur l'articulation malade, préliminairement dégorgée par un bon nombre de sangsues posées à son pourtour; et si une première application ne suffit pas, y revenir à plusieurs reprises, ayant la précaution de placer le vésicatoire alternativement au côté interne et externe de l'articulation, ou même de l'entourer. M. *Delort*, dans sa

thèse, rapporte deux observations où l'emploi du vésicatoire fut couronné du succès.

Obs. Au n°. 17 de la salle St.-Bernard, fut transporté, dans le courant de l'année 1822, un individu âgé de quarante ans, d'une constitution assez forte. Il avait reçu en duel, à la partie inférieure du bord externe de la rotule droite, près le ligament de cet os, un coup de fleuret, que l'on reconnut pénétrer dans l'articulation, à l'écoulement d'un fluide visqueux transparent, dont la sortie était augmentée par de légères pressions. Le malade, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, était au troisième jour de son accident. Déjà des symptômes inflammatoires se faisaient observer; la douleur était vive, les mouvemens du membre difficiles et pénibles; une légère tuméfaction se manifestait, le pourtour de l'articulation était chaud et tendu. M. le professeur *Dupuytren* prescrivit un vésicatoire circulaire qui cernait la rotule. L'amendement fut prompt, et apporta un tel changement dans l'état du malade, que, le troisième jour, les accidens avaient perdu beaucoup de leur intensité. Enhardi par ce premier succès, un second vésicatoire fut appliqué, et, sous l'influence de cette médication, les accidens disparurent pour ne plus revenir.

Si cependant on n'obtenait pas de rémission dans les symptômes, il faudrait débrider largement la plaie pour modérer la violence des accidens, en procurant le libre développement des parties contenues et enflammées. Si, malgré l'emploi bien combiné de ces moyens, la suppuration s'établit, et que des dépôts se forment dans l'articulation et ses environs, dès que la fluctuation y est manifeste, il faut donner issue au pus à l'aide de larges incisions qui pénètrent jusqu'à la capsule synoviale, et s'opposer à son séjour dans l'articulation par les injections émollientes, la position du membre et une compression modérée.

Les opinions des auteurs ont été différentes sur ce point.

J. L. Petit voulait que, sans délai, le chirurgien pratiquât des incisions étendues sur les côtés de l'articulation, en sorte que la matière

ne pût séjourner dans aucune partie du foyer, et qu'il fût facile d'y faire des injections.

David, au contraire, pensait qu'il faut différer le plus possible l'ouverture de l'abcès, et qu'il faut la faire avec un trois-quarts.

M. *Boyer* conseille d'ouvrir les abcès traumatiques suivant la méthode de *J. L. Petit*, tandis que les abcès qui succèdent à la carie doivent être ouverts par ponction.

Lorsqu'une collection purulente existe dans l'articulation, la fluctuation se prononce aux endroits où la capsule est le plus lâche. L'ouverture de l'abcès doit être pratiquée dans le sens des fibres aponévrotiques ; les pansemens seront multipliés en raison de l'abondance de la suppuration. Dans les cas heureux on parvient à borner les ravages de l'inflammation, les symptômes fâcheux se dissipent peu à peu, la suppuration diminue chaque jour et devient plus louable; l'appétit renaît, les plaies deviennent vermeilles, et marchent vers la cicatrisation, qui se trouve plus ou moins retardée par l'exfoliation de quelques portions d'os cariés; l'articulation perd cette grande mobilité causée par le relâchement ou la déchirure des ligamens, et bientôt les surfaces articulaires finissent par se souder. C'est au moment où l'ankilose commence à se former qu'il importe de placer les parties dans la situation la plus convenable aux fonctions qu'elles doivent remplir.

Lorsqu'au lieu de diminuer, la suppuration augmente chaque jour et devient sanieuse et fétide, que de nouveaux dépôts s'établissent sans cesse, et que la résorption du pus, la fièvre hectique et le marasme s'emparent du malade, la dernière ressource à employer c'est encore l'amputation, dont le succès est souvent incertain.

Dès que les symptômes inflammatoires ont cessé, on substitue aux antiphlogistiques un traitement tonique propre à soutenir les forces du malade, les amers, les alimens nourrissans et de facile digestion, le vin vieux en petite quantité. On applique à l'extérieur des fomentations toniques ; s'il se forme de nouveaux abcès, on les ouvre. Sur-

vient-il un gonflement œdémateux du membre, il convient d'appliquer sur toute sa longueur une bande roulée médiocrement serrée, ou un bandage de *Scultet*. On devrait aussi chercher à dissipper l'ankilose en faisant exécuter à l'articulation des mouvemens d'abord légers, et dont on augmente par degré l'étendue.

VII. S'il se déclare un délire nerveux, il faut recourir à l'usage du laudanum liquide de *Sydenham ;* huit ou dix gouttes, dans une petite quantité de véhicules, injectées dans le rectum, trois ou quatre fois à cinq ou six heures d'intervalle, suffisent, lorsqu'elles sont gardées, pour faire cesser le délire le plus furieux.

Qu'il me soit permis, en terminant cette dissertation, d'exprimer le regret de n'avoir pu établir chaque opinion sur des faits nombreux. Puisse ce faible essai obtenir le suffrage des maîtres illustres dont j'ai suivi les leçons !

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET.)

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Circa puris generationes, dolores et febres magis accidunt, quàm ipso facto. *Sect.* 2, *aph.* 47.

III.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

V.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

VI.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.